

Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa

The vulnerability of Afro-Brazilian women in perinatal care in the Unified Health System: analysis of the Active Ombudsman survey

Rebecca Lucena Theophilo¹

Daphne Rattner¹

Éverton Luís Pereira¹

Abstract *With principles of respect to the protection and implementation of human rights, cultural, ethnic and racial diversity and also the promotion of equity, the Stork Network ensures the right to reproductive planning and continued provision of care in maternal and child health. This study sought to evaluate the Active Ombudsman Survey of the Stork Network conducted with women who had their births assisted by the Unified Health System (SUS) in 2012, in order to analyze ethnic/racial differences in prenatal and childbirth care. This descriptive study used the secondary database from the survey conducted by the SUS Ombudsman. The universe of this investigation was constituted by 253,647 women, and 50.8% self-declared themselves as brown, 35.4% white, 10.6% black 2.1% yellow, 0.6% Indians and for 0.5% race/color was not informed. Women of black/brown race appear to be worse off in socio-economic characteristics, prenatal and childbirth care, in all variables studied, except concerning aggression and supplementary payment. Knowledge about inequalities and vulnerability of this group may serve to alert society and the government, and as a guideline for the development of policies and actions to reduce health inequalities.*

Key words *Vulnerability in health, Equity in health, Social determinants of health, Unified Health System*

Resumo *Com princípios de respeito à proteção e à implementação dos direitos humanos, à diversidade cultural, étnica e racial e à promoção da equidade, a Rede Cegonha assegura direitos ao planejamento reprodutivo e provimento contínuo das ações de atenção à saúde materna e infantil. Este trabalho objetivou analisar diferenças na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS segundo raça/cor a partir de dados da Pesquisa da Ouvidoria Ativa da Rede Cegonha em 2012. Este estudo descritivo utilizou o banco de dados secundários da pesquisa da Ouvidoria Geral do SUS. Constituíram o universo desta investigação 253.647 mulheres, sendo que 50,8% se autodeclararam pardas, 35,4% brancas, 10,6% pretas, 2,1% amarelas, 0,6% indígenas e de 0,5% sem informações sobre raça/cor. As mulheres de raça/cor preta/parda aparecem em piores condições nas características socioeconômicas, na assistência ao pré-natal e ao parto, em todas as variáveis estudadas, menos para agressão no parto e pagamento suplementar. Esse conhecimento sobre iniquidades e vulnerabilidades deve servir de alerta para a sociedade e para o poder público como diretriz para a elaboração de políticas e ações destinadas a reduzir desigualdades em saúde.*

Palavras-chave *Vulnerabilidade em saúde, Equidade em saúde, Determinantes sociais da saúde, Sistema Único de Saúde*

¹ Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília. Campus Universitário Darcy Ribeiro, Asa Norte. 70910-900 Brasília DF Brasil. rebeccalucena@gmail.com

Introdução

O Brasil, signatário da Declaração Universal dos Direitos Humanos e da Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial¹, reconhece a saúde como direito de todos e dever do Estado, por meio da promulgação de sua Constituição em 1988². Esses documentos marcam a discriminação racial como uma barreira a ser combatida para a melhoria das relações sociais no território nacional.

A Constituição Federal Brasileira fez o direito à igualdade entre os povos e efetivou os princípios de um Sistema Único de Saúde (SUS) universal, igualitário e integral². Trata-se de um Sistema que garante o direito à saúde e se configura por um conjunto de ações e serviços capazes de assegurar a promoção, a proteção e a recuperação da saúde.

Em 2011, por meio da Portaria GM/MS nº 1.459/2011, o Ministério da Saúde instituiu a Rede Cegonha (RC)³. Essa política representou a convergência das várias iniciativas ministeriais anteriores, a exemplo do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento⁴, dos Seminários de Atenção Obstétrica e Neonatal Humanizada e Baseada em Evidências Científicas, dos Centros de Parto Normal⁵, cursos de especialização em Enfermagem Obstétrica e outras. A Rede Cegonha é uma rede de cuidados que assegura às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e o provimento contínuo das ações de atenção à saúde materna e infantil. Além disso, fomenta a ampliação do acesso e melhoria da qualidade da atenção ao pré-natal, ao parto e ao puerpério e a assistência à criança até 24 meses. Com isso, busca garantir o acolhimento, as boas práticas e a segurança na atenção ao parto e nascimento; a resolubilidade e o acesso às ações de planejamento reprodutivo³.

Com princípios de respeito à proteção e à implementação dos direitos humanos, à diversidade cultural, étnica e racial, e ainda à promoção da equidade, a RC incorporou parte dos princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização⁶, que tem por objetivo promover mudanças culturais nos modelos de atenção e gestão da saúde como uma política afirmativa e transversal do SUS.

Observar a saúde das mulheres negras sob o prisma étnico-racial permite compreender que o racismo pode ser pensado como um determinante social e pode intervir diretamente no processo saúde-doença. As formas como as relações raciais estão conformadas no Brasil tornam a população

negra mais vulnerável e tendem a dificultar seu acesso aos serviços de saúde.

Para Ayres *et al.*⁷, vulnerabilidade diz respeito aos condicionantes estruturais que indicam “susceptibilidade” de determinadas populações para alguma questão. Esse modelo explicativo busca se distanciar dos condicionantes individuais, com vistas a compreender os processos que impactam nas condições de saúde de uma população. A proposta de Ayres é pautada nas reflexões de Mann⁸ sobre a relação entre saúde e direitos humanos. O modelo de vulnerabilidade proposto está conformado por três eixos interdependentes de determinação: o individual; o social; e o programático.

Para esses autores, a vulnerabilidade individual se refere ao grau e qualidade da informação que o indivíduo dispõe e a elaboração em sua vida prática. A vulnerabilidade social diz respeito ao conjunto de fatores sociais que influenciam nas tomadas de decisão e/ou acesso a informações, serviços, políticas e ações. A vulnerabilidade programática corresponde aos programas e políticas pensadas e executadas pelo poder público e outras instituições para dar resposta para determinadas problemáticas.

Para os autores, os três níveis de vulnerabilidade afetam indivíduos e coletividades, a depender das configurações sociopolíticas e culturais. Esse modelo demonstra como não é possível encarar os sujeitos fora das relações sociais que os produzem, visto que em todos os momentos eles serão influenciados por forças que impossibilitam determinadas tomadas de decisão.

No Brasil viveu-se e vive-se um movimento contínuo de exclusões sociais da população negra, marcado pelo ideal de embranquecimento e por políticas que marcaram este grupo populacional como desigual. Theodoro⁹, entre outros, ressalta os mecanismos legais, construídos pelo próprio Estado brasileiro, que legitimaram a exclusão e a violência contra a população negra, especialmente a forma como a Lei de Terras de 1850 e a Lei da Abolição foram construídas e implantadas. Os processos históricos de violência e exclusão vivenciados pelas populações negras no Brasil geraram marginalizações de vários níveis. Heringer¹⁰ sistematiza e analisa indicadores da desigualdade racial, especialmente os que demonstram como pessoas negras (em comparação com brancas) têm menos acesso à serviços de infraestrutura e habitação, menos anos de estudos (escolaridade inferior) e que estão inseridos no mercado de trabalho em profissões e ocupações de menor prestígio e menores salários. Enfim, vá-

rias são as vulnerabilidades que afetam as pessoas negras no país, gerando exclusão e preconceito. Essas vulnerabilidades e esses marcadores podem ser vistos como determinantes sociais da saúde.

As vivências em condições de marginalidade e vulnerabilidade e o reconhecimento da discriminação histórica que a população negra sofreu no Brasil desde a abolição da escravatura até a atualidade reforçam a importância da avaliação da dimensão étnico-racial nos estudos em saúde¹¹⁻¹⁴. Uma das ações importantes neste sentido foi a introdução da pergunta “Qual é a sua cor/raça” nos censos demográficos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a partir de 1991. Essa iniciativa visibilizou a população preta e parda brasileira e possibilitou a adoção do recorte raça/cor nas pesquisas e ações no Brasil. Além disso, ressaltou um debate latente na sociedade nacional sobre o uso dos termos “cor” e “raça” e os impactos de cada uma dessas nomenclaturas no país.

Somada à iniciativa do IBGE, a incorporação do campo raça/cor nos Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar (SIA e SIH) em 2007¹⁵ permitiu conhecer os perfis de morbimortalidade da população usuária do SUS no que tange à autodeclaração étnico-racial. Com isso, iniciou-se um processo de evidenciar diferenças raciais de vulnerabilidade produzidas no processo saúde-doença, permitindo subsidiar a objetivação de políticas e ações de saúde universais, destinadas à superação de iniquidades¹⁶.

Assim, reconhecemos que, visto o contexto sociocultural e programático brasileiro, as mulheres negras estão em dupla situação de vulnerabilidade: vivenciam experiências de exclusão histórica marcada pela produção dos preconceitos no seio da sociedade e são marcadas pela ausência de ações específicas para a superação da desigualdade. O desafio na proposição de ações para esta população está ancorado na necessidade de formulação de estratégias que congreguem um olhar interseccional entre gênero e raça, conforme descrito por autores vinculados ao debate no país¹⁷⁻¹⁹.

Com os pressupostos acima pontuados, este trabalho objetivou analisar diferenças na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS segundo raça/cor a partir de dados da Pesquisa da Ouvidoria Ativa da Rede Cegonha (POARC), realizada pela Ouvidoria do SUS com mulheres puérperas atendidas no SUS de março a dezembro de 2012, sob a ótica dos princípios do SUS e da Rede Cegonha através do inquérito telefônico.

Métodos

A Pesquisa da Ouvidoria Ativa da Rede Cegonha (POARC) foi realizada para avaliar o grau de satisfação em relação aos serviços de pré-natal, parto e puerpério, por parte das mulheres que realizaram seus partos no SUS, estabelecendo uma relação direta dos gestores do SUS com as cidadãs. Foi executada pelo Departamento de Ouvidoria Geral do SUS (DOGES), em parceria com a Coordenação Geral de Saúde das Mulheres (CGSM/DAPES/SAS), ambos departamentos do Ministério da Saúde.

Este é um estudo de avaliação com desenho descritivo, um inquérito, que utilizou um banco de dados secundários provenientes da POARC.

População e métodos

A POARC foi realizada através de um inquérito telefônico operacionalizado pelos teleatendentes do Disque Saúde – 136, no período de maio de 2012 a junho de 2013, com mulheres que tiveram seus partos assistidos no SUS, no ano de 2012.

Os procedimentos da Pesquisa de Satisfação da Rede Cegonha/MS são como seguem, conforme consta Relatório Preliminar da Pesquisa²⁰:

- Elaboração do questionário pelo DOGES/SGEP e da CGSM/DAPES/SAS do Ministério da Saúde, com 57 questões com respostas fechadas;

- Identificação e extração na Autorização Internação Hospitalar (AIH) dos nomes e telefones das parturientes. Somente a partir de 23 de fevereiro de 2012, por meio da Portaria nº 133, tornou-se obrigatório o preenchimento do campo ‘telefone’ na tela de identificação do usuário deste sistema, tendo efeito nas AIH’s, a partir de março de 2012. E só foi possível extrair dados para as mulheres que informaram números válidos e não repetidos, entendendo como válido o campo “telefone” composto por 10 ou 11 dígitos, sendo os dois primeiros correspondentes ao código de Discagem Direta à Distância (DDD) do telefone e, os demais, correspondentes ao número do telefone da usuária.

- Capacitação para orientar os técnicos do Disque Saúde -136, referente ao Roteiro da Pesquisa e as Condutas Padrão.

- Realização das ligações no período de maio de 2012 a julho de 2014; supervisão de 5% dos questionários, por meio de nova ligação, em que eram verificadas as respostas a uma amostra das perguntas.

O banco de dados brutos foi reanalisado para extração de inconsistências e, para fins deste trabalho, foram considerados apenas os partos ocorridos de março a dezembro de 2012.

As variáveis estudadas para compor o perfil sócio demográfico foram: raça/cor, idade, estado civil, escolaridade, renda familiar, recebimento de bolsa família e região de residência. Sobre atenção ao pré-natal foram consideradas: se a gravidez foi planejada, onde o pré-natal foi realizado, números de consultas de pré-natal na rede pública, participação em atividades educativas, internação no SUS por complicação, principal motivo da internação no SUS, se recebeu informação sobre parto normal e informação sobre local do parto. E as variáveis para a atenção ao parto foram: se o parto foi realizado no primeiro serviço de saúde buscado, tempo de espera para ser atendida, se teve acompanhante no parto, motivos para a falta de acompanhante, tipo de parto, agressão (verbal, física e mau atendimento) durante o parto e se houve pagamento adicional. Para as mulheres cujo desfecho foi aborto, a pesquisa foi interrompida a partir da questão sobre internamento por complicações. As variáveis sobre satisfação com atendimento ao pré-natal e ao parto não foram incluídas na análise por apresentarem respostas superiores a 90% das respostas de ótimo e bom, não permitindo avaliação da satisfação.

Para fins de análise do banco de dados, adotando como variável de interesse raça/cor/etnia, foram excluídas as mulheres que não informaram esse dado (0,45%). Ainda nessa variável foram agrupadas mulheres de raça preta e parda, que foram comparadas com as de raça branca, tendo sido excluídas as indígenas e as amarelas por representarem categorias com baixa representação e com características muito peculiares.

As variáveis foram analisadas por meio de tabelas de distribuição de frequência, no programa Excel 2013, utilizando o *chi quadrado* de Pearson como teste de significância estatística e adotando a probabilidade de $p < 0,05$ como estatisticamente significativa.

Por meio de um Termo de Concordância, assinado pela Coordenação-Geral de Pesquisa e Processamento de Demandas do Ministério da Saúde em 27/10/2014, foi possível obter o Banco de Dados disponível no Departamento de Ouvidoria Geral do SUS. Uma vez que esta pesquisa utilizou um banco de dados público, em que respondentes não são identificadas, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - Faculdade de Saúde/Universidade de Brasília emitiu

parecer autorizando a pesquisa, conforme estabelecido pela Resolução CNS 466/12²¹.

A Figura 1 mostra o fluxograma para constituição da população estudada. Dentre as 1.886.902 mulheres constantes no SIH, 3,1 % se haviam autodeclarado pretas, 37,6% pardas, 23,6% brancas, 0,4% amarelas e 0,3% indígenas. Em 662.745 (35,1%) registros não havia informação no campo raça/cor.

A Tabela 1 apresenta as características socioeconômicas e demográficas das mulheres que tiveram seus partos assistidos no SUS em 2012 e participaram da POARC. Observa-se entre pretas/pardas, em relação às brancas, uma proporção maior de gestantes adolescentes, 18,8% e 15,1%, respectivamente, que se declaram solteiras, 42,0% e 35,7%, analfabetas ou com nível fundamental incompleto, 27,2% e 21,5%, mulheres sem renda ou recebendo menos de 1 salário mínimo, 33,0% e 21,0%, e ainda uma proporção maior recebendo bolsa família, 31,8% e 22,2%. Todas essas diferenças foram estatisticamente significantes ($p < 0,05$).

A distribuição geográfica por raça/cor também foi heterogênea: 73,4% das mulheres brancas estavam concentradas na região sul e sudeste, sendo destas regiões 47,1% das de raça preta/parda. A proporção de mulheres pretas/pardas na região nordeste foi praticamente duas vezes maior do que de mulheres brancas, 32,6% e 16,2%, respectivamente.

De acordo com a Tabela 2, verifica-se que 52,2% das mulheres pretas e pardas referiram gravidez não planejada e 93,1% delas alegaram maior utilização da rede pública de saúde. Entre as mulheres brancas, estas proporções foram de 47,5% e 90,6%, respectivamente. A Rede Cegonha preconiza 7 ou mais consultas como parâmetro de adequação da assistência ao pré-natal: este parâmetro foi atendido por 64,7% das mulheres pretas/pardas e por 71,6% de mulheres brancas.

As mulheres pretas/pardas tiveram menos internações por complicações na gravidez na rede pública de saúde do que as mulheres brancas 15,3% e 16,7% respectivamente, sendo as principais causas: hipertensão (16,9%), infecção urinária (16,4%), ameaça de parto prematuro (12,2%) e sangramento (10,2%).

Em termos de participação nas atividades educativas nos serviços de saúde, há uma pequena diferença entre as mulheres pretas/pardas (28,2%) e brancas (27,2%). Ademais, uma proporção menor delas recebeu informação sobre o parto normal (59,6% e 64,1%) e sobre o local do parto (59,8% e 65,4%). Todas essas diferenças foram estatisticamente significantes ($p < 0,05$).

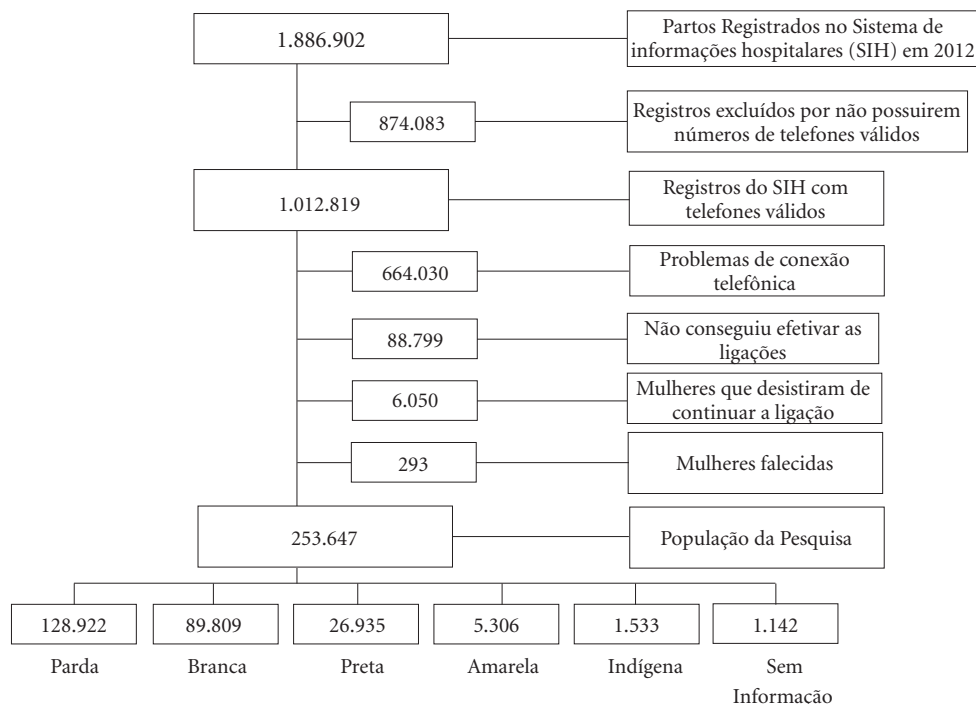


Figura 1. Fluxograma de constituição da população da pesquisa.

A Tabela 3 apresenta dados referentes à assistência ao parto das mulheres pesquisadas. Consta-se que, para as mulheres pretas/pardas, o atendimento no primeiro serviço ocorreu em 61,2% dos casos e, para as brancas, em 68,2%. Cabe ressaltar que existe uma importante proporção de casos sem informação, 26,1% e 21,2%, respectivamente.

O tempo de espera foi maior para as mulheres pretas/pardas com 16,6%. Uma proporção maior de mulheres pretas/pardas não teve acompanhante no parto, 68,0%, sendo que, para mais de 50% de todas as mulheres, o motivo foi a desautorização do serviço de saúde. A proporção de partos normais foi maior entre as mulheres pretas/pardas (53,3%) com relação a 48,8% entre as brancas. Todas essas diferenças foram estatisticamente significantes ($p < 0,05$).

Não houve diferenças estatisticamente significantes entre os dois grupos de mulheres com referência à agressão durante o trabalho de parto e parto e à cobrança de pagamento adicional.

Discussão

Este estudo contribuiu para evidenciar a maior vulnerabilidade das mulheres pretas/pardas, expressa nas condições socioeconômicas desfavoráveis, na maior frequência de mães adolescentes e na assistência à saúde. Possivelmente essa vulnerabilidade repercute na forma como utilizam o sistema de saúde, demandando (ou não) a atenção pré-natal, e certamente se reflete na forma como são acolhidas (ou mal acolhidas) nos serviços de saúde, seja durante a gestação, seja para a atenção ao parto.

Sabe-se que as condições sociais, culturais e históricas influenciam nas formas como os indivíduos se posicionam no mundo e estabelecem relações com os demais, contribuindo (ou não) para seu adoecimento. Esse nível de determinação, que estaria na ordem mais geral do modelo de Dahlgren e Whitehead *apud* Buss e Pelegrini Filho²², é responsável pela manutenção ou reprodução das formas sociais que englobam outros domínios da determinação social da saúde. No modelo de Mann⁸ e Ayres et al.⁷, este seria um segundo nível de vulnerabilidade que, por exem-

Tabela 1. Distribuição das características socioeconômicas e demográficas segundo cor de pele de mulheres respondentes à Pesquisa da Ouvidoria Ativa da Rede Cegonha. Brasil, 2012.

Característica		Branca		Preta-Parda		Valor de P ^a
		N	%	N	%	
Idade	10-14	344	0,4	800	0,5	0,0000
	15-19	13581	15,1	28519	18,3	
	20-34	64154	71,4	109745	70,4	
	35+	11730	13,1	16793	10,8	
Estado Civil	Solteiro (a)	32065	35,7	65481	42,0	0,0000
	Casado (a) e União Estável	56089	62,5	87581	56,2	
	Divorciado (a) - Separado (a) - Viúvo (a)	1361	1,5	2133	1,4	
	Não sabe/Não Informado	294	0,3	662	0,4	
Escolaridade	Não sabe ler/Escriver	184	0,2	509	0,3	0,0000
	Alfabetizado(a)/Nível Fundamental Incompleto	19154	21,3	41918	26,9	
	Nível Fundamental Completo/Nível Médio Incompleto	23299	25,9	43213	27,7	
	Nível Médio Completo/Nível Superior Incompleto	42422	47,2	64972	41,7	
	Superior Completo	4685	5,2	5097	3,3	
	Não sabe/Não Informado	65	0,1	148	0,1	
Renda Familiar	Sem renda	4416	4,9	10721	6,9	0,0000
	Menos de 1 salário mínimo	14448	16,1	40717	26,1	
	Entre 1 e 2 salários mínimos	53686	59,8	87018	55,8	
	Mais de 2 salários mínimos	14786	16,5	13417	8,6	
	Não sabe/Não Informado	2473	2,8	3984	2,6	
Bolsa Família	Recebe SIM	19917	22,2	49596	31,8	0,0000
	Recebe NÃO	69817	77,7	106113	68,1	
	Não sabe/Não Informado	75	0,1	148	0,1	
Região da Residência	Norte	3117	3,5	15617	10,0	0,0000
	Nordeste	14547	16,2	50770	32,6	
	Centro-Oeste	6159	6,9	16026	10,3	
	Sudeste	39916	44,4	61214	39,3	
	Sul	26070	29,0	12230	7,8	
Total		89809	100,0	155857	100,0	

^aChi quadrado de Pearson.

plo, impossibilitaria sujeitos de buscarem serviços de saúde em função de preconceitos sociais ou dificuldades de acesso vividas pelas desigualdades econômicas.

Entretanto, o que percebemos é que os fatores que incidem sobre as mulheres que aqui estão sendo analisadas são múltiplos e estão nos três níveis de vulnerabilidade propostos pelos autores – e não apenas no final. No nível programático, autores como Theodoro⁹ e Munanga¹² demonstram que existem fatores macroestruturais e de políticas que dificultam o acesso desta população. No nível individual, a vulnerabilidade influencia nas tomadas de decisões e nas buscas por direitos.

Os reflexos das violências estruturais, seja por Leis, seja pelo próprio processo de escravidão, relegaram a população negra à condição de su-

balternidade na sociedade nacional. As consequências disso são as exclusões sociais – marcadas pelo preconceito e racismo – e econômicas – perceptíveis pela pobreza, pela menor escolaridade e pela dificuldade no acesso a serviços e bens públicos – que essa população viveu e ainda vive no Brasil. As mulheres negras, dessa forma, estariam sob o impacto dos determinantes produzidos pelo movimento histórico, que construiu formas culturais específicas de se pensar a população negra, bem como vulneráveis às condições sociais produzidas por uma sociedade desigual.

A redução da vulnerabilidade em Saúde Pública depende do conjunto de ações sociais dirigidas à garantia do direito à saúde em todas as suas dimensões, incluindo a melhoria dos determinantes e condicionantes da saúde. Desta

Tabela 2. Distribuição da amostra de mulheres respondentes à Pesquisa da Ouvidoria Ativa da Rede Cegonha segundo variáveis referentes ao atendimento pré-natal. Brasil, 2012.

Característica		Branca	Branca	Preta-Parda	Preta-Parda	Valor de P ^a
		N	%	N	%	
Gravidez Planejada	Sim	46978	52,3	74182	47,6	0,0000
	Não	42680	47,5	81359	52,2	
	Não sabe/Não Informado	151	0,2	316	0,2	
Pré Natal	Sim rede privada	7912	8,8	9399	6,0	0,0000
	Sim rede pública	81363	90,6	145073	93,1	
	Não	529	0,6	1373	0,9	
Nº de Consultas de Pré Natal na Rede Pública ^b	Não sabe/Não Informado	5	0,0	12	0,0	0,0000
	1 a 2	1029	1,3	2229	1,5	
	3 a 4	4509	5,5	10739	7,4	
	5 a 6	14787	18,2	33334	23,0	
	7 ou mais	58238	71,6	93929	64,7	
Participação em Atividades Educativas ^b	Não sabe/Não Informado	2800	3,4	4842	3,3	0,0000
	Sim	22134	27,2	40969	28,2	
	Não	59106	72,6	103885	71,6	
Internação, no SUS, por complicação	Não sabe/Não Informado	123	0,2	219	0,2	0,0000
	Sim	14969	16,7	23915	15,3	
	Não	74821	83,3	131895	84,6	
Principal motivo da internação no SUS ^c	Não sabe/Não Informado	19	0,0	47	0,0	0,0000
	Aborto	214	1,4	375	1,6	
	Diabetes	595	4,0	804	3,4	
	Sangramento	1436	9,6	2439	10,2	
	Ameaça de parto prematuro	2214	14,8	2916	12,2	
	Hipertensão	2409	16,1	4046	16,9	
	Infecção Urinária	2491	16,6	3911	16,4	
	Outros	5366	35,8	8990	37,6	
Informação sobre Parto Normal ^b	Não sabe/Não Informado	244	1,6	434	1,8	0,0000
	Sim	52129	64,1	86438	59,6	
	Não	28928	35,6	58162	40,1	
Informação do local do parto ^d	Não sabe/Não Informado	306	0,4	473	0,3	0,0000
	Sim	53094	65,4	86583	59,8	
	Não	27904	34,4	57816	39,9	
Total	Não sabe/Não Informado	234	0,3	396	0,3	0,0000
		89809	100,0	155857	100,0	

^aChiQuadrado de Pearson. ^bDo total de mulheres com pré-natal assistido na rede pública. ^cDo total de mulheres com parto assistido na rede pública e internadas por complicação. ^dDo total de mulheres com parto assistido na rede pública, excluindo os abortos.

forma, necessita-se formular e implementar políticas públicas que visem a redução de desigualdades sociais²³. Como apresentado anteriormente, a literatura discute diferentes estratégias para impactar nos condicionantes e determinantes da saúde, entre elas políticas que privilegiem a igualdade racial¹³ e que estimulem a transferência de renda¹⁹ – visto que o racismo e a desigualdade social são dois aspectos importantes para refletir sobre a desigualdade entre negros e brancos

na sociedade nacional. Na saúde, autores como Mann⁸ e Ayres et al.⁷, por meio do conceito de vulnerabilidade, demonstraram a importância da superação dessas desigualdades para a promoção da equidade e da integralidade das ações. Outro fator importante seria a redução dos preconceitos institucionais²⁴.

Na assistência ao pré-natal, as mulheres de raça/cor preta/parda tiveram maiores proporções de gravidez não planejada e de utilização da rede

Tabela 3. Distribuição da amostra de mulheres respondentes à Pesquisa da Ouvidoria Ativa da Rede Cegonha, segundo variáveis do atendimento ao parto. Brasil, 2012.

Característica		Branca	Branca	Preta-Parda	Preta-Parda	Valor de P ^a
		N	%	N	%	
Parto realizado no primeiro serviço de saúde/hospital, do SUS, procurado ^b	Sim	61143	68,2	95196	61,2	0,0000
	Não	9491	10,6	19630	12,6	
	Não sabe/Não Informado	18961	21,2	40656	26,1	
Quanto tempo esperou para ser atendida ^b	Até 1 hora	75265	84,0	127027	81,7	0,0000
	Mais de 1 hora	12985	14,5	25757	16,6	
	Não sabe/Não Informado	1345	1,5	2698	1,7	
Acompanhante no parto ^b	Sim	31848	35,5	48698	31,3	0,0000
	Não	56938	63,6	105703	68,0	
	Não sabe/Não Informado	809	0,9	1081	0,7	
Motivos da falta de acompanhante ^c	O serviço não permitiu	28605	50,2	55033	52,1	0,0000
	Não sabia que podia ter acompanhante	9394	16,5	19382	18,3	
	Não quis acompanhante	4829	8,5	7424	7,0	
	Não deu tempo	4484	7,9	6963	6,6	
	Não tinha acompanhante	4943	8,7	9644	9,1	
	Outros	2521	4,4	3929	3,7	
	Não sabe/Não Informado	2162	3,8	3328	3,1	
Tipo de parto ^b	Normal	43722	48,8	82922	53,3	0,0000
	Normal a ferro (fórceps)	1238	1,4	1678	1,1	
	Cesárea	44583	49,8	70732	45,5	
	Não sabe/Não Informado	52	0,1	150	0,1	
Agressão na hora do parto ^b	Sim	13325	14,9	23436	15,1	0,1685
	Não	76005	84,8	131533	84,6	
	Não sabe/Não Informado	265	0,3	513	0,3	
Pagamento do parto ^b	Sim	977	1,1	1608	1,0	0,1908
	Não	88516	98,8	153659	98,8	
	Não sabe/Não Informado	102	0,1	215	0,1	
Total		89809	100,0	155857	100,0	

^aChiQuadrado de Pearson. ^bDo total de mulheres com parto assistido na rede pública, excluindo os abortos. ^cRefere-se ao total de mulheres que não tiveram acompanhante na hora do parto.

pública, e menores proporções no número de consultas preconizado pela Rede Cegonha, de internações por complicações na gravidez no SUS; proporção menor recebeu informações sobre o parto normal e informações sobre o local do parto. Na assistência ao parto, elas encontraram mais dificuldades quando procuraram atendimento no primeiro serviço de saúde, esperaram mais tempo para serem atendidas, foram as que menos tiveram acompanhantes na hora do parto e tiveram mais partos normais. Embora nem todos esses dados indiquem piores condições (por exemplo, serem usuárias do SUS, ou proporção maior partos normais), é importante constatação de que há diferenciais por raça/cor na assistência.

Proporção menor com o número de consultas preconizado pode ser reflexo da desigualdade sócio-econômica; proporção menor com informações sobre parto normal e local de parto pode refletir rotinas dos serviços e não sinais de discriminação, assim como a peregrinação e maior tempo de espera. Todavia, a maior dissonância dos dados com as diretrizes encontra-se na assistência ao parto.

Um primeiro problema para se avaliar diferenciais de atendimento em relação a raça/cor é a questão do preenchimento desse quesito no SIH. Do total de mulheres que tiveram seus partos assistidos pelo SUS, mais de 35% não tinham esse dado, fato que pode ser explicado pela falta de

capacitação de recursos humanos para coleta de informação autodeclarada de raça/cor de acordo com as categorias estabelecidas pelo IBGE²⁵.

A produção de informações com o marcador raça/cor foi um passo importante para a produção de ações que permitam reconhecer as vulnerabilidades que afetam especificamente a população negra para superar as iniquidades em saúde. Ações de visibilidade permitem que as diferentes populações sejam reconhecidas pelo Estado e que ações mais pontuais sejam elaboradas, produzindo transformações na realidade. As consequências da produção de dados sobre a população negra e as mobilizações dos movimentos sociais no Brasil foram analisados por diferentes autores, como Jaccoud²⁶, Lima²⁷, Maio e Monteiro²⁸, entre outros.

As mulheres deste estudo que se autodeclararam pretas e pardas foram agrupadas por existir uma uniformidade estatística de características socioeconômicas dos dois grupos e pelo fato de as discriminações, potenciais ou efetivas, sofridas por ambos os grupos, serem de natureza semelhante²⁹. A raça/cor deve ser compreendida também como uma variável social que traz em si a carga das construções históricas e culturais que representam um importante determinante da falta de equidade em saúde entre os grupos raciais³⁰. Por muito tempo acreditou-se que as diferenças entre grupos na sociedade eram somente por situações de classe e que pesquisas que abordassem as temáticas étnico-raciais não acrescentariam nada; atualmente, com todas as dificuldades que se apresentam, o tema “raça” tem sido objeto de pesquisas e análises com resultados bastante significativos, comprovando diferenças entre grupos étnicos e abrindo caminho para a identificação de situações de discriminação³¹.

No presente estudo, nota-se que as gestantes negras se encontram em desvantagem na assistência pré-natal na gravidez não planejada; na menor proporção com número adequado de consultas; e ao receber menos orientação quanto ao parto normal e sobre onde deveriam fazer o parto. Isso tanto pode evidenciar desigualdades sociais - são as mulheres que demandam o planejamento reprodutivo ou a assistência pré-natal, assim que depende de sua iniciativa - como uma deficiência no sistema de saúde em facilitar e qualificar o acesso a todas as mulheres, oferecendo orientações sobre parto e local de parto. Cabe ressaltar que a assistência pré-natal tem por objetivo acolher a mulher do início ao fim da gravidez e puerpério, e assegurar um atendimento qualificado e humanizado por meio de condutas

acolhedoras, sem intervenções desnecessárias e com fácil acesso aos serviços de saúde³².

Na análise da POARC foi constatado que, para proporção importante de mulheres, o atendimento não ocorreu no primeiro serviço de saúde, contrariando princípios da Rede Cegonha em que deveria ocorrer a garantia, às gestantes, da vinculação ao local em que será realizado o parto desde o pré-natal³.

O estudo destaca ainda que não está sendo garantido um direito estabelecido pela lei como o direito a acompanhante de livre escolha para a maioria das mulheres de todas as raças/etnias; o percentual mais elevado para as mulheres pretas/pardas foi constatado também no estudo *Nascer do Brasil*³³ que propôs a implementação destes protocolos e treinamento dos profissionais de forma a que esta seja uma política de saúde universal e equitativa.

Constata-se, portanto, que a POARC evidenciou que há significativa desigualdade na atenção à gestação e ao parto entre as populações estudadas, de acordo com o critério raça/cor, possivelmente devida à vulnerabilidade maior da população de raça/cor preta/parda em nosso país. Para Mann⁸, o equilíbrio entre os Direitos Humanos e os Programas de Saúde Pública favorece grupos em situação de vulnerabilidade, ao considerar os impactos sociais desfavoráveis, tendo o desafio de promover e proteger a saúde de forma a assegurar as condições básicas essenciais nas quais as pessoas possam aumentar seu bem-estar físico, mental e social.

O reconhecimento dos determinantes sociais, a melhoria da prática de respeito aos direitos e o respeito pelas populações socialmente marginalizadas, discriminadas e estigmatizadas são vitais para o sucesso para a revitalização da Saúde Pública⁸. Na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)³⁴ de 2013, 10,6% de pessoas de 18 anos ou mais de idade no Brasil afirmaram que já se sentiram discriminadas ou tratadas de maneira pior que as outras pessoas no serviço de saúde, por um médico ou outro profissional de saúde. Com percentuais significativamente maiores, apresentaram-se as regiões Norte (13,6%) e Centro-Oeste (13,3%). Das pessoas que se sentiram discriminadas em algum serviço de saúde destacaram-se: as mulheres (11,6%); pessoas entre 30 a 39 anos (11,9%) e de 40 a 59 anos (12,0%); pessoas de cor preta (11,9%) e pessoas de cor parda (11,4%); e as pessoas sem instrução ou com ensino fundamental incompleto (11,8%).

Os atores sociais e a comunidade têm papel importante para a composição de uma política

pública, desde a sua construção à sua efetivação. Podemos citar como exemplo a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PSIPN)³⁵, que visa garantir a equidade e materializar o direito à saúde de negras e negros, incluindo ações de cuidado, atenção, promoção à saúde e prevenção de doenças, bem como a gestão participativa, participação popular e controle social, dentre outras, e que foi construída com a participação de representações dos grupos de interesse. Tanto a Rede Cegonha, como a PNSIPN, são balizadas na busca de redução das iniquidades da saúde materna e infantil no SUS, propondo ações para todas as mulheres sem distinção por raça e cor e/ou classe social. Acrescente-se que estudo recente propôs o aperfeiçoamento da ferramenta Protocolo Nº 22, elaborada pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS do Ministério da Saúde, com o objetivo de auditar as maternidades integrantes da Rede Cegonha, visando aprimorar seu desempenho em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e econômica, assim como gerar informações qualificadas à Auditoria do SUS para apuração de denúncias³⁶.

Apesar de ter sido atingido o objetivo de descrever a POARC por meio de categorias de raça/cor, identificamos algumas limitações em nosso estudo. Por exemplo, o questionário da POARC não foi desenhado especificamente para pesquisas acadêmicas; todavia, por meio dele, foi possível identificar o grau de vulnerabilidade das mulheres de raça/cor preta/parda que estão inseridas no SUS; os resultados apontam para a necessidade de busca de equidade na atenção, possivelmente oferecendo uma assistência diferenciada a essa população, no sentido de diminuir as desigualdades existentes no cotidiano dos serviços públicos de saúde.

Outra limitação refere-se ao fato de que a POARC não teve representatividade estatística, por não ter havido um processo de amostragem probabilística; contudo, pôde-se encontrar uma distribuição semelhante às das usuárias do SUS conforme a proporcionalidade existente no SIH,

assim que, mesmo que os resultados não sejam generalizáveis, podem refletir aspectos da realidade, em que pesem as deficiências de preenchimento da variável raça/cor.

Considerações finais

O presente estudo vem contribuir para o conhecimento sobre iniquidades referentes a raça/cor entre as mulheres atendidas no SUS. A pesquisa sobre vulnerabilidade de um grupo e/ou indivíduo tornou-se uma necessidade emergente para que se possa combater as iniquidades, levando em consideração e colocando em prática os princípios do SUS, tornando pesquisadores, gestores e profissionais de saúde responsáveis em identificar os vieses raciais nos processos de vulnerabilidade.

A maior vulnerabilidade encontrada em mulheres pretas/pardas serve como alerta para toda a sociedade e para o poder público. Os resultados apontam para a necessidade de busca de equidade na atenção, possivelmente oferecendo uma assistência diferenciada a essa população, com acompanhamento mais frequente e detalhado por parte dos serviços de atenção pré-natal, possivelmente com consultas médicas ou de enfermagem, e visitas domiciliares de agentes comunitários de saúde mais frequentes, e com capacitação da equipe para identificação precoce das vulnerabilidades, no sentido de diminuir as desigualdades existentes no cotidiano dos serviços públicos de saúde, ou seja, reduzindo a vulnerabilidade programática. Também é fundamental que seja instituído em todos os níveis do sistema de saúde o respeito às leis nº 11.108/2005 (Lei do Acompanhante) e nº 11.634/2007 (Lei da Garantia de Vagas), para todas as mulheres, sem distinção de raça/cor. Por outro lado, cabe às políticas públicas intersetoriais buscar interferir na determinação social, com maior acesso à educação e melhoria das condições de vida, no sentido de atenuar a vulnerabilidade social.

Colaboradores

RL Theophilo, D Rattner e EL Pereira trabalharam juntos em todas as etapas de produção do manuscrito: na concepção do estudo, na análise das inconsistências do banco de dados, na análise dos dados e na redação do manuscrito.

Referências

1. Brasil. Decreto nº 65.810, de 8 de dezembro de 1969. Promulga a Convenção Internacional sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação Racial. *Diário Oficial da União* 1969; 9 dez.
2. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial da União* 1988; 5 out.
3. Brasil. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União* 2011; 25 jun.
4. Brasil. Portaria nº 569, de 1 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* 2000; 2 jun.
5. Brasil. Portaria nº 985, de 5 de agosto de 1999. Institui o Centro de Parto Normal no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* 1999; 6 ago.
6. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Humanização*. Brasília: MS; 2013.
7. Ayres JRCM, França Júnior I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. O Conceito de Vulnerabilidade e as Práticas de Saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 117-139.
8. Mann JM. Saúde Pública e Direitos Humanos. *Physis* 1996; 6(1-2):135-145.
9. Theodoro M. A formação do mercado de trabalho e a questão racial no Brasil. In: Theodoro OM. *As políticas públicas e as desigualdades raciais no Brasil 120 anos*. Brasília: IPEA; 2008. p. 15-43.
10. Heringer R. Desigualdades raciais no Brasil: síntese de indicadores e desafios no campo das políticas públicas. *Cad Saude Publica* 2002; 18(Supl.):57-65.
11. Cunha EMGP. Recorte étnico-racial: Caminhos trilhados e novos desafios. In: Batista LE, Werneck J, Lopes F, organizadores. *Saúde da População Negra*. Brasília: Associação Brasileira de Pesquisadores Negros; 2012. p. 22-33.
12. Munanga K. *O negro na sociedade brasileira: resistência, participação, contribuição*. Brasília: Fundação Cultural Palmares; 2004.
13. Sales AS. *Ações afirmativas e combate ao racismo nas Américas*. Brasília: Ministério da Educação; 2005.
14. Guimarães ASA. *Preconceito e discriminação: queixas e ofensas e tratamento desigual dos negros no Brasil*. 34ª ed. São Paulo: Fundação Apoio USP; 2004.
15. Brasil. Portaria nº 719, de 28 de dezembro de 2007. Qualificação dos Sistemas de Saúde. *Diário Oficial da União* 2007; 29 dez.
16. Soares Filho AM. O recorte étnico-racial nos sistemas de informações em saúde no Brasil: Potencialidades para a tomada de decisão. In: Batista LE, Werneck J, Lopes F, organizadores. *Saúde da População Negra*. Brasília: Associação Brasileira de Pesquisadores Negros; 2012. p. 34-43.
17. Werneck J, Mendonça M, White EC. *O livro da Saúde das Mulheres Negras - Nossos passos vêm de longe*. Rio de Janeiro: Pallas; 2000.
18. Souza R. Sobre mulheres negras: Intersecções de gênero e raça. *Boletim do Instituto de Saúde* 2003; 31.
19. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). *Retrato das desigualdades de gênero e raça*. 4ª ed. Brasília: Ipea; 2011.

20. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Relatório Preliminar de Pesquisa - Resultados preliminares da pesquisa de satisfação com mulheres puérperas atendidas no Sistema Único de Saúde - SUS entre maio de 2012 e fevereiro de 2013*. Brasília: MS; Departamento de Ouvidoria Geral do SUS; 2012.
21. Conselho Nacional de Saúde. [Online]. [acessado 2015 Dez 15]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep
22. Buss PM, Pellegrini Filho A. A Saúde e seus determinantes sociais. *Physis* 2007; 17(1):77-93.
23. Lorenzo C. Vulnerabilidade em Saúde Pública: implicações para as políticas públicas. *Revista Brasileira em Bioética* 2006; 2(3):229-312.
24. Kalckmann S, Santos CG, Batista LE, Cruz VM. Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS? *Saúde Soc* 2007; 16(2):146-155.
25. Araújo CLE, Cruz LMFd, Lopes MC, Fernandes ECdS. O Quesito Cor/Raça em Formulários de Saúde: A visão dos profissionais de saúde. *Revista de Enfermagem da UERJ* 2010; 18(2):241-246.
26. Jaccoud L. O Combate ao racismo e à desigualdade: o desafio das políticas públicas de promoção da igualdade racial. In: Theodoro M, organizador. *As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil: 120 anos após a abolição*. Brasília: Ipea; 2008. p. 131-166.
27. Lima M. Desigualdades raciais e políticas públicas: ações afirmativas no governo Lula. *Novos Estudos CEBRAP* 2010; 87:77-95.
28. Maio MC, Monteiro S. Tempos de racialização: o caso da “saúde da população negra” no Brasil. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* 2005; 12(2):419-446.
29. Osorio RG. *O Sistema Classificatório do “Cor ou raça” do IBGE. Texto para Discussão nº 996*. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2003.
30. Araújo EM, Costa MCN, Hogan VK, Araújo TM, Dias AB, Oliveira LOA. A utilização da variável raça/cor em Saúde Pública: possibilidades e limites. *Interface (Botucatu)* 2009; 13(31):383-394.
31. Schwartzman S. Fora de Foco: Diversidade e Identidade Étnicas no Brasil. *Novos Estudos-CEBRAP* 1999; 55:83-96.
32. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada - Série A*. Brasília: MS; 2006. (Normas e Manuais Técnicos. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 5).
33. Leal MC, Gama SGN. Nascer no Brasil. *Cad Saude Publica* 2014; 30:1.
34. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa nacional de saúde: 2013, acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violência. Brasil, grandes regiões e unidades da federação*. Rio de Janeiro: IBGE; 2015.
35. Brasil. Portaria nº 922, de 13 de maio de 2009 - Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra Brasília. *Diário Oficial da União* 2009; 14 maio.
36. Matos JC. *Avaliação da Ferramenta Protocolo nº 22 - Ação Rede Cegonha do Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde* [dissertação]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2015.

Artigo apresentado em 27/06/2016

Aprovado em 16/03/2017

Versão final apresentada em 18/03/2017